

(H)erkend en juist behandeld

Een LVB-vriendelijke intake in verslavingszorg

Mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB; tabel 1) vormen een risicogroep voor problematisch middelengebruik (van Duijvenbode et al., 2015). In de afgelopen jaren is er in Nederland daarom terecht meer aandacht gekomen voor problematisch middelengebruik in deze groep (Hammink, Schrijvers, & van de Mheen, 2014; Hammink, VanDerNagel, & van de Mheen, 2014; VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2017). Instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg (VG) spannen zich in om hun cliënten met problematisch gebruik te verwijzen voor behandeling. Verslavingszorginstellingen bieden bovendien steeds vaker gespecialiseerde behandelingen aan, zoals de CGT+ (VanDerNagel & Kiewik, 2016). De toeleiding tot deze zorg stagneert echter. Dit heeft verschillende oorzaken, waarin de verwijzing naar, de intake bij de 'voordeur' van de verslavingszorg, en de samenwerking tussen de verslavingszorg- en VG-instellingen een cruciale rol spelen.

PROBLEMEN BIJ INTAKE

Cliënten met een LVB en problematisch middelengebruik kunnen met ondersteuning van een VG-instelling bij een verslavingszorginstelling worden aangemeld. Ook kunnen ze onafhankelijk van VG-zorgaanbieders hulp zoeken. Tot deze laatste groep behoren ook mensen met LVB die geen LVB-zorg ontvangen, en die zichzelf wellicht niet als 'verstandelijk beperkt' zien of niet weten dat ze een LVB hebben. In de intake bij de verslavingszorg is het daardoor lang niet bij alle cliënten die een LVB hebben, duidelijk dat er sprake is van een verstandelijke beperking. Hierdoor kan in de fase van intake, maar ook bij het indiceren voor vervolgbehandeling onvoldoende rekening worden gehouden met de beperkingen van de cliënt. Ook als de beperking wel wordt onderkend, ontstaan er vaak problemen in de intake en indicatiestelling. Vanuit de VG-instelling wordt niet altijd vooraf voldoende informatie beschikbaar gesteld over de cliënt, diens capaciteiten en beperkingen, en over eventuele comorbiditeit. Daarnaast sluit de huidige intakeprocedure slecht aan bij de communicatieve mogelijkheden van mensen met een LVB en

wordt er onvoldoende gebruikgemaakt van steunende krachten in het netwerk. Dit levert daardoor incomplete en soms zelfs foutieve informatie op. De gestandaardiseerde vragenlijsten die de verslavingszorg in de intakefase gebruikt, sluiten bijvoorbeeld niet aan bij de LVB-cliënt, waardoor de verkregen informatie vaak niet betrouwbaar is. De complexe intakeprocedure leidt daarbij tot demoralisatie van de cliënt en drop-out uit de zorg. Aldus zijn in het proces van problematische intake en indicatiestelling oorzaken aan te wijzen vanuit drie verschillende perspectieven:

- ▶ De cliënt ziet zichzelf niet als verstandelijk beperkt, en/of loopt niet te koop met zijn beperking; en/of is niet bekend met zijn eigen beperking.
- ▶ De verslavingszorg is niet georiënteerd op deze cliënten, signaleert ze niet op tijd en beschikt niet over aangepaste intake-instrumenten.

TABEL 1

Classificatie van de lichte verstandelijke beperking

	DSM-IV	DSM-5
LVB i.e.z.*	<p>Voldoen aan drie criteria:</p> <p>Een significante beperking van het cognitief functioneren (IQ-score tussen de 50-70)</p> <p>Een beperkt aanpassingsvermogen op ten minste twee van deze gebieden: communicatie, zelfzorg, sociale vaardigheden, gebruik kunnen maken van voorzieningen, zelfsturing, schoolse vaardigheden, werk, vrije tijd, gezondheid en veiligheid</p> <p>Beperking is ontstaan voor het achttiende levensjaar</p>	<p>Hanteert geen IQ-criterium. De ernst van de beperking stelt men vast middels de ernst van de tekorten in het aanpassingsvermogen. Wel moeten cognitieve problemen worden bevestigd door een intelligentietest of een klinische inschatting. Ook het exacte leeftijdscriterium is gewijzigd; de beperking moet ontstaan zijn gedurende de ontwikkelingsperiode (APA, 2013)</p>
Zwakbegaafdheid*	V62.89 Zwakbegaafd IQ-score tussen de 70-85	V62.89 Zwakbegaafd

Noot.* i.e.z. = in engere zin: in Nederland worden personen met een cognitief niveau in de zwakbegaafdenrange die bijkomende problemen hebben, ook gerekend tot de LVB-groep.

- ▶ De VG-instelling (indien betrokken) beschikt over relevante informatie over de cliënt die niet altijd beschikbaar gesteld wordt bij verwijzing naar de verslavingszorg.

Door deze verschillende factoren is de ketenzorg onvoldoende geborgd, waardoor de hulpverlening aan cliënten met een LVB en problematisch middelengebruik stagneert en cliënten tussen wal en schip vallen. In het project '(H)erkend en juist behandeld' werd onderzoek gedaan naar knelpunten en oplossingen om de toegang tot verslavingszorg voor de doelgroep van LVB-clieënten te verbeteren. Het project richtte zich op het ontwikkelen en testen van een handreiking voor:

- 1 het tijdig herkennen van problematisch gebruik (in de VG-zorg) en van LVB (in de verslavingszorg);
- 2 het aanpassen van de intakeprocedure in de verslavingszorg;
- 3 het verbeteren van samenwerking tussen verslavingszorg en VG-zorg.

Doel van dit project was om de intake bij de verslavingszorg efficiënter, doelmatiger en tegelijk voor LVB passender te laten verlopen. In dit artikel worden de voor de verslavingszorg relevante bevindingen samengevat.

METHODE

¶ Deelnemers

Aan dit project namen vier Nederlandse instellingen voor verslavingszorg met zeven van hun VG-ketenpartners deel.

¶ Projectopzet

De ontwikkeling van de handreiking voor een LVB-vriendelijke intake vond in twee fasen plaats:

- 1 Probleemverkenning door literatuuronderzoek en focusgroepen, op basis waarvan een concepthandreiking werd geschreven.
- 2 Pilots met de concepthandreiking, met aandacht voor haalbaarheid en toepasbaarheid, efficiëntie en LVB-vriendelijkheid van de nieuwe werkwijze.

- ▶ **LITERATUURONDERZOEK** In PsychINFO, PubMed en Google Scholar werd tussen 14 juli en 15 september 2015 gezocht naar studies over (1) screenen op middelengebruik onder mensen met een LVB, (2) screenen op LVB onder mensen met verslavingsproble-

men, en (3) de toegankelijkheid van de verslavingszorg voor mensen met een LVB. Gebruikte (combinaties van) zoektermen: *mild intellectual disability (MID), intake procedure, screening, treatment access, substance abuse treatment, special needs, alcohol abuse treatment*.

► **FOCUSGROEPEN** Voor het inventariseren van knelpunten en oplossingen in de reguliere intakeprocedure in de verslavingszorg in relatie tot LVB werd een zestal focusgroepen gehouden. De informatie uit de focusgroepen werd telkens ter toetsing ingebracht in volgende focusgroepen. De eerste twee focusgroepen bestonden uit een groep verslavingszorgmedewerkers en een groep medewerkers uit de VG-zorg. Per sector werden knelpunten en oplossingen rondom verwijzing en intake besproken. In de twee daaropvolgende gemengde focusgroepen met medewerkers uit beide sectoren lag het accent op uitwisseling, gedeelde knelpunten en oplossingen die bevredigend waren voor beide partijen. Daarnaast waren er twee focusgroepen met cliënten met een LVB en hun begeleiders. Deze waren erop gericht de intakeprocedure vanuit cliëntperspectief te zien, als aanvulling op de meer procedurele benadering van de professionals. Van deze bijeenkomsten zijn verslagen op hoofdlijnen en thema's gemaakt.

► **PILOTS MET DE CONCEPTHANDREIKING** De pilots vonden plaats van maart tot en met september 2016, op vijf locaties van vier instellingen voor verslavingszorg. Ten behoeve van deze pilots werd per locatie een startbijeenkomst gehouden, waarin met deelnemers de handreiking werd doorgenomen. Voor geïnteresseerden vond tevens een training plaats in afname van zowel de Substance Use and Misuse in Intellectual Disability — Questionnaire (SUMID-Q; VanDerNagel, Kiewik, van Dijk, de Jong, & Didden, 2011) als de Montreal Cognitive Assessment — Dutch version (MOCA-D, Bruijnen et al., 2016). Gegevens over het verloop van de pilots en feedback op de handreiking is verzameld door:

- het opvragen van volgens een vast format gestructureerde casusbeschrijvingen;
- semigestructureerde interviews (telefonisch en face to face) met bij de pilot betrokken medewerkers en begeleiders uit de VG-zorg, tijdens en na afloop van de pilots.

¶ *Dataverzameling en analyse*

Knelpunten en oplossingsrichtingen uit de literatuur en focusgroepen vormden de basis voor de handreiking. Data uit de casusbeschrijvingen en semigestructureerde interviews werden thematisch geanalyseerd door een van de auteurs (CB), en inhoudelijk

getoetst door experts (JVDN, LK, EW) en de begeleidingscommissie van het project.

RESULTATEN

¶ Literatuurstudie

De toegankelijkheid van (verslavings)zorg blijkt hooguit indirect onderwerp van wetenschappelijke publicaties te zijn. Doorgaans komt het vooral naar voren in een beschrijving van hindernissen om in behandeling te gaan. Dergelijke publicaties bevestigen de knelpunten in de Nederlandse praktijk zoals in de introductie geschetst. Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat jongeren met een LVB die middelen misbruiken minder vaak in verslavingsbehandeling gaan dan jongeren zonder beperking (Slayter, 2010). Aanbevelingen uit deze studie zijn gericht op betere samenwerking tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg ('integration and interdisciplinary collaboration'), waarbij aanpassing op de noden van deze doelgroep naar verwachting drop-out zal verminderen (Slayter, 2010).

In een Belgische kwalitatieve studie in het kader van een master-scriptie werd informatie verzameld via focusgroepen in de Belgische én Nederlandse LVB-sector én verslavingszorg. Deze studie onderstreept dat de intakeprocedure van de verslavingszorg 'niet door te geraken' is, onder andere vanwege complexe formulieren. Voor mensen met een LVB zijn ook wachtlijsten een reden om af te haken. Belangrijke aspecten van een succesvolle intake en een succesvol behandeltraject zijn onder andere een vertrouwde begeleider en een aangepast tempo. Samenwerking tussen LVB-sector en verslavingszorg is soms lastig omdat ze elkaar onvoldoende kennen en er wederzijds soms te hoge verwachtingen zijn (Rossey, 2012).

In een Engels adviesrapport over de toegang van de ggz voor mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt benadrukt dat samenwerking tussen de LVB-zorg en de ggz een noodzakelijke voorwaarde is om goede kwaliteit van behandeling te kunnen bieden. Samenwerkende organisaties zouden wederzijds goedgekeurde werkwijzen ('protocols and practices') moeten hebben om de best mogelijke zorg te kunnen bieden. Daarbij bevorderen regelmatige face-to-face-ontmoetingen tussen verslavingszorg en VG-zorg het probleemoplossend vermogen binnen de samenwerking. Begeleiding vanuit de VG-zorg is cruciaal om toegang te krijgen tot reguliere ggz, waaronder verslavingszorg (Royal College of Psychiatrists, 2012).

Wat betreft screening op LVB tijdens de intake in de verslavingszorg bleken er drie Nederlandstalige screeningsinstrumenten

TABEL 2
Screeningsinstrumenten voor cognitief functioneren

Instrument, Auteur Aantal versies	Training, Afname duur, Kosten	Oorspronkelijke doelgroep	Onderzoek binnen verslavingszorg
HASI Hayes (2000) Eén Nederlandse versie	Kan worden afgenomen door getrainde leken 5-10 minuten Niet gratis	Screenen op LVB in forensische set- tings	To, Vanheule, & Vanderplasschen (2014) Vergelijking met WAIS- III IQ < 70 Cut-off 86: sensitiviteit 100% specificiteit 79% van Dijk et al. (2016) Vergelijking met WASI-III IQ < 85 Cut-off 85: sensitiviteit 48% specificiteit 88%
MOCA Nasreddine et al. (2005) Beschikbaar in de meeste talen, drie Neder- landse versies	Kan worden afgenomen door getrainde leken 5-10 minuten Gratis	Scenen op lichte cognitieve stoor- nissen	van Dijk et al. (2016) Vergelijking met WASI-III IQ < 85 Cut-off 26: sensitiviteit 86% specificiteit 59%
SCIL Kaal et al. (2013, 2015) Beschikbaar in het Ne- derlands	Kan worden afgenomen door getrainde leken 10 minuten Niet gratis	Screenen op LVB in forensische set- tings	Niet onderzocht in verslavingszorg

Noot: HASI = Hayes Ability Screening Index; MOCA = Montreal Cognitive Assessment; SCIL = Screener voor Intelligentie en Lichte Verstandelijke Beperving; WASI = Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence

beschikbaar te zijn voor screening op (aanwijzingen voor) LVB: de Hayes Ability Screening Index (HASI; Hayes, 2000), de Montreal Cognitive Assessment (MOCA; Nasreddine et al., 2005), en de Screener voor Intelligentie en Lichte Verstandelijke Beperking (SCIL; Kaal, Nijman, & Moonen, 2013) (tabel 2). Het laatste instrument is recent ontwikkeld en gevalideerd in diverse populaties; studies onder verslaafden zijn er voor zover ons bekend (nog) niet mee gedaan. De HASI is in Vlaanderen in een populatie problematisch gebruikers ($n = 90$) gevalideerd ten opzichte van een WASI-III (van Duijvenbode, Didden, van den Hazel, & Engels, 2016) Totaal IQ en presteerde daarin goed. In Nederlands onderzoek onder cliënten in de verslavingszorg werd zowel HASI als MOCA vergeleken met de WASI-III IQ als gouden standaard. Hierbij bleken de *area under the curves* van MOCA en HASI vergelijkbaar, maar was de sensitiviteit van de MOCA beter (tabel 2).

Ook publicaties over screeningsinstrumenten voor (problema- tisch) middelengebruik onder mensen met een LVB zijn schaars. Kouimtsidis en collega's (2015) geven in hun *study protocol* aan de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) te gebruiken in een studie naar behandeling van alcoholafhankelijkheid onder LVB, maar deze lijst is niet gevalideerd voor deze populatie. De Nederlandse Substance Use and Misuse in Intellectual Disability — Questionnaire (SUMID-Q; VanDerNagel et al., 2011) is wel specifiek ontwikkeld voor deze doel- groep, en bleek in een vergelijking met rapportage van begeleiders en biomarkeronderzoek in urine- en haarsamples goed bruikbaar voor cliënten met een LVB.

¶ Focusgroepen

Deelnemers aan de focusgroepen uit zowel verslavingszorg als VG- zorg ervaren problemen in de reguliere intake in de verslavingszorg en zien mogelijkheden dit proces te verbeteren. Dat bleek dan ook een belangrijke motivatie voor participatie in dit project. In de eer- ste focusgroepen hebben deelnemers de problemen vooral vanuit hun eigen perspectief geschetst, maar vaak was er daarbij ook begrip voor de 'andere partij'. In latere focusgroepen was er meer aandacht voor het gezamenlijk (vanuit beide disciplines) denken over oplossingen.

Respondenten uit de VG-zorg en de verslavingszorg gaven aan dat cultuurverschillen, visie op de problematiek en verwachtingen over en weer nogal eens voor wrijving zorgen. Enerzijds werd bij- voorbeeld de VG-zorg verweten dat men te lang 'aanmoddert' met verslavingsproblemen. Verwijzing vindt soms pas plaats wanneer de problemen fors oplopen, bijvoorbeeld wanneer iemand (bijna) uit de VG-zorginstelling wordt gezet. Anderzijds klonk het signaal

dat de VG-zorg soms 'voor drie keer niks' verwijst. De VG-zorg voelde zich op haar beurt nogal eens in de steek gelaten door het beperkte aanbod dat de verslavingszorg heeft voor cliënten met een LVB, of wanneer deze in de intake op het verhaal en de hulpvraag van de cliënt vaart: 'De verslavingszorg snapt het niet, ze zijn naïef. Ze geloven te gemakkelijk de cliënt.' Deelnemers zagen in wederzijdse laagdrempelige consultatie, deskundigheidsbevordering en implementatie van screeningsinstrumenten belangrijke startpunten voor verbetering van de samenwerking, met daarmee een vergrote kans op een succesvol behandeltraject voor de LVB-client.

Praktische problemen die naar voren kwamen waren bijvoorbeeld dat er bij intake veelal niet bekend is dat er sprake is van een cliënt met een LVB, laat staan dat duidelijk is welke bejegeningstijl gepast is. Andersom is bij de VG-zorgorganisatie vaak niet bekend wat men van een intake in de verslavingszorg kan verwachten. Veelal gaat de correspondentie over de intake rechtstreeks naar de cliënt, waardoor de VG-zorgbegeleiders niet altijd op de hoogte zijn van de planning en procedure van de intake. Wanneer dit vervolgens leidt tot no-show (omdat de cliënt post niet opent, de uitnodigingsbrief niet begrijpt of de intake vergeet) wordt een behandeltraject soms al afgebroken voor de intake gestart is.

Wat betreft het intakegesprek zelf werd opgemerkt dat er een discrepantie is tussen de geprotocolleerde werkwijze en de behoefte aan maatwerk bij mensen met een LVB. Standaard intakeinstrumenten (zoals de MATE of de EUROPASI) vormen een forse drempel in de intake, zowel door de lengte van de instrumenten als door de complexiteit van de vragen. Daarbij werd de bejegening vaak als te formeel, te verbaal en te taakgericht ervaren: 'Cliënten haken af omdat er geen behandelrelatie is.' De beschikbaarheid van voorinformatie (op basis waarvan een deel van de vragen al beantwoord kan worden), en de aanwezigheid van begeleiders uit de VG-zorg als 'hulpbron' kunnen dit proces in gunstige zin beïnvloeden. Soms blijkt de aanwezigheid van een VG-zorgbegeleider echter te leiden tot 'een gesprek over het hoofd van de cliënt heen'. Dit speelt vooral als de VG-zorg een andere 'agenda' heeft dan de cliënt, of als in de verslavingszorg de vaardigheid om op de cliënt af te stemmen of in de triade te werken onvoldoende is.

¶ Samenstelling van de handreiking

Organisatie, inhoud en bejegening in aanmeldings- en intakeprocedures verschillen tussen verslavingszorginstellingen. Daarmee verschillen ook de knelpunten en oplossingsrichtingen. Daarom werd de handreiking ingedeeld in een aantal procesonderdelen en aandachtsgebieden. Voor elke processtap werd de meest wenselijke situatie geschetst (namelijk de manier van werken die optimaal

recht doet aan de behoeften van de LVB-cliënt in de intake). Daarnaast werden suggesties opgenomen waarmee de gebruiker het eigen werkproces (zo gewenst stap voor stap) kan verbeteren ten behoeve van nieuwe LVB-cliënten. De handreiking schetst ook hoe gehandeld kan worden als in de loop van een reguliere intake aan het licht komt dat de cliënt een LVB heeft. Daarnaast komen randvoorwaardelijke en organisatorische aspecten aan bod, en worden praktische handvatten en voorbeelden gegeven (bijvoorbeeld van brieven aan cliënten met een LVB).

¶ Resultaten van de pilot met de handreiking

Deelnemers aan de pilot leverden veertig casusbeschrijvingen in van hun ervaringen met de aangepaste intake. Daarnaast werden vijftien personen uit zowel verslavingszorg als VG-zorg geïnterviewd over hun ervaringen tijdens de pilot.

Screening op een mogelijke LVB in de reguliere intake (teneinde tijdig te kunnen overstappen naar de LVB-vriendelijke intake) bleek niet haalbaar binnen deze pilot. Deelnemers gaven schroom aan om een dergelijke screening standaard af te nemen, en er zijn praktische problemen met het gebruik van instrumenten (waaronder noodzaak tot scholing en kosten). Het volle programma van de intake laat bovendien weinig ruimte voor extra screening.

De samenwerking tussen verslavingszorg en VG-zorg blijkt vooral met twee onderdelen van een LVB-vriendelijke intake vormgegeven te worden:

- 1 Het voorafgaand aan de intake aanleveren van informatie over de cliënt (voorinformatie): 'Voorinformatie over een cliënt kan enorm helpen een gesprek in een goede flow te laten verlopen, dat staat in de handreiking maar weten we ook uit eigen ervaring. Je kunt veel beter inspelen op wie de persoon is en welke benaderingswijze hij of zij nodig heeft.'
- 2 Het vergezellen van de cliënt bij de intake door een persoonlijk begeleider: '... "Ik heb begrepen dat je wilt stoppen met drinken?!" zei die mevrouw van de verslavingszorg. Ik zag toen onmiddellijk de paniek op het gezicht van mijn cliënt en greep in: "Ho, hij wil niet stoppen, hij wil gewoon minderen." Als ik er niet was geweest had hij gewoon het gesprek verbroken.'

Wat betreft de efficiëntie van het proces blijkt het doornemen van voorinformatie extra tijd te vergen, die zich volgens deelnemers later echter weer terugbetaalt. De samenwerking die in het kader van deze pilot is aangegaan tussen VG-zorg en verslavingszorg heeft in de meeste gevallen geleid tot 'korte lijntjes'. Het is daardoor vanzelfsprekender elkaar te bellen of te mailen en casussen voor te

bespreken voordat de feitelijke aanmelding plaatsvindt. Ook vergissingen of miscommunicaties worden sneller rechtgezet. Over het algemeen is echter niet de indruk dat door de aangepaste procedure het aantal 'no-shows' is afgenomen.

In de handreiking is er op onderdelen enige overlap doordat de suggesties voor een LVB-vriendelijke intake vanuit het perspectief van zowel de reguliere intakes als van de intakes na aanmelding door VG-zorg worden beschreven. Enkele projectpartners van de verslavingszorg vonden de handreiking te omvangrijk om te kunnen verwachten dat hun uitvoerende intakers deze in haar geheel zouden doornemen. Een van hen heeft daarom een werkinstructie geschreven op basis van de handreiking. Deze werkinstructie is een vertaling van de min of meer abstracte suggesties in de handreiking naar het concrete handelen van de intakers in de organisatie. Ze is afgestemd op reguliere interne werkprocessen van de betreffende instelling. Ook in andere organisaties lijkt de handreiking voor een aantal uitvoerende intakers te veel tekst te bevatten. Een aantal van hen had behoefte aan meer concrete handvatten voor hoe om te gaan met mensen met een LVB.

De algemene indruk is dat de tips en suggesties in de handreiking goed aansluiten op de praktijk van de intake van mensen met een LVB, maar dat de concepthandreiking zoals getest in de pilot vooral interessant lijkt voor behandelverantwoordelijken en teamleiders die de LVB-vriendelijke werkwijze gaan implementeren. LVB-vriendelijk werken heeft daarnaast bredere implicaties dan voor de intakemedewerkers alleen. Een randvoorwaarde voor succesvolle samenwerking tussen verslavingszorg en VG-zorg is dat samenwerkingsafspraken rondom intake en behandeling door het management worden ondersteund.

¶ *Aanpassing van de handreiking*

Vanwege de behoefte aan korte, overzichtelijke instructies zijn per onderdeel van de handreiking werkkaarten ontwikkeld. Deze zijn als bijlagen toegevoegd aan de handreiking.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Voor zover bekend is dit wereldwijd het eerste project waarin de samenwerking tussen VG-zorg en verslavingszorg bij de intake van cliënten met een LVB in de verslavingszorg werd onderzocht en verbeterd. In de focusgroepen kwamen aanzienlijke knelpunten aan het licht, maar werd ook constructief gedacht over gezamenlijke oplossingsrichtingen. De handreiking kreeg door deze input een belangrijk 'bottom-up'-karakter, en bleek voor deelnemers aan de

pilot goed toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Op een aantal punten is de uitvoerbaarheid echter lastiger: de screening op LVB onder cliënten in de reguliere intake kwam niet van de grond. Daarnaast blijken er veel deelaspecten aandacht te vergen in het LVB-vriendelijk maken van de intake. Voor een geslaagde implementatie is daarom ondersteuning op proces- en teamleidersniveau nodig. Deze en andere randvoorwaarden worden in de handreiking uitgewerkt.

Daarnaast is het de vraag in hoeverre de resultaten uit deze pilot gegeneraliseerd kunnen worden naar andere instellingen voor verslavingszorg en VG-zorg. Deelnemers aan dit project waren bij aanvang van het project al gemotiveerd om naar het intakeproces te kijken en naar hun rol daarin om deze LVB-vriendelijker te maken. Deze motivatie is echter niet vanzelfsprekend voor alle collega's in de verslavingszorg en VG-zorg. Een succesvolle implementatie van de LVB-vriendelijke intake in alle instellingen voor verslavingszorg is daarmee nog geen gelopen race.

Tegelijk toont dit project aan dat een LVB-vriendelijkere intake een realistische mogelijkheid is. De verspreiding van de handreiking via onder meer Resultaten Scoren zorgt ervoor dat alle verslavingszorginstellingen kunnen beschikken over de kennis en ervaringen opgedaan in dit project. Ook de algemene ggz zou kunnen profiteren van de bevindingen uit dit project, om de toegang tot psychiatrische zorg voor mensen met een LVB te verbeteren.

De handreiking (H) erkend en juist behandeld is kosteloos te verkrijgen via Resultaten Scoren, zie www.resultatenscoren.nl/publicaties/download/herkend-en-juist-behandeld.html.

Joanneke van der Nagel, MD, PhD is verbonden aan het Kenniscentrum LVB en Verslaving van Tactus Verslavingszorg te Enschede, aan Aveleijn te Borne, en aan het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Louise Kemna, MSc is verbonden aan Aveleijn te Borne.

Cas Barendregt, MSc is verbonden aan IVO te Rotterdam.

Ir. Elske Wits is verbonden aan IVO te Rotterdam.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Bruijnen, C. J. W. H., Kessels, R. P. C., Dijkstra, B. A. G., Walvoort, S. J. W., Wester, A. J., & de Jong, C. A. J. (2016). *Montreal Cognitive Assessment-Dutch (MOCA-D): Een cognitieve screener in de Nederlandse reguliere verslavingszorg*. Nijmegen: NISPA.

- Hamminck, A., Schrijvers, C., & van de Mheen, D. (2014). Alcohol en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verstaving*, 10, 57-70.
- Hamminck, A. B., VanDerNagel, J. E. L., & van de Mheen, D. (2015). Dual disorders: Mild intellectual disability and substance abuse. In: G. Dom & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 206-220). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hayes, S. (2000). *Hayes Ability Screening Index, Manual*. Sydney: Faculty of Medicine, University of Sydney.
- Kaal, H. L., Nijman, H., & Moonen, X. (2013). *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kaal, H. L., Nijman, H., & Moonen, X. (2015). *Factsheet Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (scil) – Stand van zaken 1 juli 2015*. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Kouimtsidis, C., Fodor-Wynne, L., Scior, K., Hunter, R., Baio, G., Pezzoni, V., & Hassiotis, A. (2015). Extended brief intervention to address alcohol misuse in people with mild to moderate intellectual disabilities living in the community (EBI-ID): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 114.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Rossey, J. (2012). *Screening en behandeling van middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking: Kwalitatief onderzoek naar de perceptie van hulpverleners*. Gent: Universiteit Gent, faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen.
- Royal College of Psychiatrists. (2012). *Enabling people with mild intellectual disability and mental health problems to access healthcare services*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Slyter, E. M. (2010). Not immune: Access to substance abuse treatment among medicaid-covered youth with mental retardation. *Journal of Disability Policy Studies*, 20, 195-204.
- To, W. T., Vanheule, S., & Vanderplasz, W. (2014). Screening for intellectual disability in persons with a substance abuse problem: Exploring the validity of the Hayes Ability Screening Index in a Dutch-speaking sample. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 498-504.
- van Dijk, M., VanDerNagel, J. E. L., Dijkstra, B. A. G., Didden, R., de Haan, H. A., & de Jong, C. A. J. (2016). *TactIQ: Lichte verstandelijke beperking bij mensen met een verslaving*. In: C. A. J. de Jong, H. A. de Haan, B. A. G. Dijkstra, & A. F. A. Schellekens (Eds.), *Verslaving anders bekijken* (pp. 34-37). Nijmegen: NISPA.
- van Duijvenbode, N., Didden, R., van den Hazel, T., & Engels, R. C. M. E. (2016). Psychometric qualities of a tetrad WAIS-III short form for use in individuals with mild to borderline intellectual disability. *Developmental Neurorehabilitation*, 19, 26-30.
- van Duijvenbode, N., VanDerNagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & de Jong, C. A. J. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 319-328.
- VanDerNagel, J. E. L., & Kiewik, M. (2016). *CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Perspectief.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., van Dijk, M., de Jong, C., & Didden, R. (2011). *Handleiding SUMID-Q: Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus verslavingszorg.